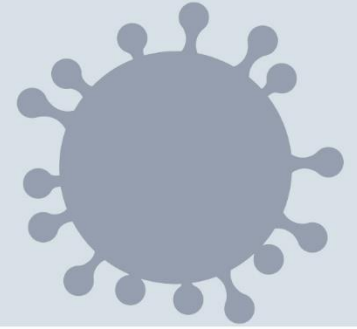


Coronavirus (COVID-19)



FORMULAIRE AH-635 : GUIDE EXPLICATIF POUR LES VACCINATEURS

Document interne

Version du 19 avril 2021

Coronavirus (COVID-19)

Ce guide s'adresse aux vaccinateurs et vise à assurer une uniformité dans la façon de compléter les informations dans le formulaire AH-635. Veuillez noter qu'il s'agit d'un document interne qui ne sera pas publié sur le site du MSSS.

Un maximum de 3 types d'intervenants différents peut procéder à la vaccination :

- 1) Évaluateur : effectue l'évaluation pré-vaccinale de l'usager, détermine s'il peut recevoir un vaccin et choisit le vaccin à recevoir, le cas échéant. L'évaluation peut être faite sur place sur le site de vaccination, en mode virtuel ou au téléphone. Dans ce dernier cas, une validation de l'évaluation devra être fait sur place, le jour de la vaccination. L'évaluateur doit faire partie des 5 professions habilitées à initier la vaccination : infirmière, médecin, inhalothérapeute, sage-femme, pharmacien. Dans le document, il correspond également à la personne qui obtient le consentement.
- 2) Vaccinateur : effectue l'acte vaccinal ou supervise l'injecteur dans le cadre de l'arrêté 2020-099. Le vaccinateur doit faire partie des 5 professions habilitées à initier la vaccination : infirmière, médecin, inhalothérapeute, sage-femme, pharmacien.
- 3) Injecteur : administre le vaccin dans le cadre de l'arrêté 2020-099. L'injecteur ne fait pas partie des 5 professions habilitées à initier la vaccination : infirmière, médecin, inhalothérapeute, sage-femme, pharmacien.

À noter : il est possible qu'une même personne remplisse plus d'un rôle (ex : un vaccinateur qui effectue l'administration du vaccin). Dans ce cas, la personne pourra compléter les sections du formulaire autorisées pour chacun de ces rôles.

En cas de disparité entre le formulaire AH-635 et les informations contenues dans le Protocole d'immunisation du Québec, ce dernier a préséance en tant que norme de pratique.

Coronavirus (COVID-19)



VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom et prénom de l'usager
 Nom et prénom de la mère
 Nom et prénom du père (optionnel)
 Date de naissance: Année Mois Jour Sexe M F
 N° d'assurance maladie: Année Mois Expiration
 Adresse (N°, rue)
 Ville Code postal

1. Cette section peut être complétée manuellement ou en plaquant les informations de la carte de l'établissement à l'aide d'un adressographe. Les champs sont automatiquement générés pour les clientèles qui ont pris rendez-vous en ligne via Clic-Santé.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Usager apte de 14 ans ou plus

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° téléphone Cellulaire Travail

Adresse courriel :

Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte

Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) : Adresse courriel :

Mandataire Tuteur Curateur Curateur public Conjoint (marié, union civile ou de fait) Proche parent
 Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier Autorité parentale

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° téléphone Cellulaire Travail

2. À compléter par le patient ou par l'établissement. Les champs sont automatiquement générés pour les clientèles qui ont pris rendez-vous en ligne via Clic-Santé.

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION*

ELEMENTS À VALIDER PAR LE VACCINATEUR	OUI	NON	N/A	PRECISION
1. Problèmes de santé (L'usager présente-t-il des symptômes compatibles avec la COVID-19? A-t-il remarqué un changement récent dans son état de santé? L'usager a-t-il déjà eu la COVID-19?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Immunodépression (L'usager prend-t-il des médicaments immunodépresseurs? Est-il immunodéprimé ou atteint d'une maladie auto-immune?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Réaction allergique (L'usager a-t-il déjà fait une réaction allergique grave suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Grossesse (Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Trouble de la coagulation (L'usager souffre-t-il d'un trouble de la coagulation nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Produits immunisants ou sanguins (L'usager a-t-il reçu un vaccin autre que contre l'influenza ou le pneumocoque dans les 14 derniers jours? L'usager a-t-il reçu du plasma d'usagers convalescents de la COVID-19 ou des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 dans les 90 derniers jours?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. À compléter par le patient ou par l'évaluateur. Les champs sont automatiquement générés pour les clientèles qui ont pris rendez-vous en ligne via Clic-Santé. Ce champ peut être complété par un évaluateur jusqu'à 48 heures avant la vaccination. Le jour de la vaccination, l'évaluateur sur place a l'obligation de valider les réponses avec le patient.

RAISON D'ADMINISTRATION (par ordre de priorité)

01 - COVID-19 - Résident en CHSLD public ou privé
 02 - COVID-19 - Résident en RPA
 03 - COVID-19 - Femme enceinte
 04 - COVID-19 - Travailleur de la santé
 05 - COVID-19 - Maladie chronique
 06 - COVID-19 - Autres raisons

4. À compléter par l'établissement. Les raisons sont classées par ordre de priorité, la raison 1 ayant priorité sur la raison 2 et ainsi de suite. Par exemple, pour une travailleuse de la santé, qui a une maladie chronique et qui est enceinte, on sélectionnera la raison 03-COVID-19-Femme enceinte. Pour les clientèles prioritaires par groupe d'âge en bonne santé qui ne résident pas en CHSLD ou en RPA, sélectionner la raison 06-COVID-19-Autres raisons. Voir l'Aide-mémoire COVID-19 sur le site de l'ENA ou sur l'Intranet SI-PMI > Immunisation > Formation.

Coronavirus (COVID-19)

Nom et prénom de l'usager		N° de dossier														
CONSENTEMENT/DÉCISION																
<input type="checkbox"/> Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal. <input type="checkbox"/> Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) ont été communiquées à la personne ou son représentant légal. <input type="checkbox"/> Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination. <input type="checkbox"/> Un temps de surveillance de 30 minutes sera observé après la vaccination.																
DÉCISION																
L'usager ou son représentant légal : Évaluateur																
<input type="checkbox"/> Consent à la vaccination contre la COVID-19 <input type="checkbox"/> Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé <input type="checkbox"/> Refuse la vaccination contre la COVID-19 <input type="checkbox"/> Consentement obtenu lors de l'administration de la première dose																
CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :																
<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> Proche parent <input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait) <input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier <input type="checkbox"/> Autorité parentale																
INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT																
Nom du professionnel :																
PROFESSION : <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Évaluateur <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien																
N° de permis :		Signature du professionnel :														
CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)																
Nom du témoin :		Date	Année Mois Jour													
Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique :		Date	Année Mois Jour													
DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ (à compléter si non saisi dans SI-PMI en temps réel)																
<input type="checkbox"/> Première dose <input type="checkbox"/> Deuxième dose																
<table border="1"> <tr> <th>Date (année, mois, jour)</th> <th>Nom du vaccin</th> <th>N° de lot</th> <th>Quantité unité</th> <th>Voie d'administration</th> <th>Site d'administration</th> </tr> <tr> <td>Injecteur</td> <td>Évaluateur</td> <td></td> <td></td> <td>Intramusculaire</td> <td> <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche </td> </tr> </table>	Date (année, mois, jour)	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité unité	Voie d'administration	Site d'administration	Injecteur	Évaluateur			Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche				
Date (année, mois, jour)	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité unité	Voie d'administration	Site d'administration											
Injecteur	Évaluateur			Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche											
INFORMATION SUR LE VACCINATEUR																
Nom du vaccinateur :		Profession : <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien														
N° de permis :		Lieu de vaccination (LDS) : Vaccinateur														
		Signature du vaccinateur :														
INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du vaccinateur)																
Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin :		Profession : <input type="checkbox"/> Injecteur <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____														
		N° de permis :														
Notes																
Tous les intervenants																

5. À compléter ou à valider par l'évaluateur le jour de la vaccination. Cette section remplace la note au dossier du patient. La présence de l'usager au site de vaccination est considérée comme un consentement implicite.

6. À compléter par l'évaluateur le jour de la vaccination. Aucun consentement signé n'est requis. L'évaluateur doit quant à lui signer.

7. À compléter si l'évaluation est faite par téléphone ou que le titulaire de l'autorité est absent (mineur ou majeur inapte), un consentement en présence d'un témoin est nécessaire (sauf si vous avez une preuve écrite du consentement). Seul le nom du témoin est nécessaire. L'évaluateur doit quant à lui signer.

8. L'indication de la première ou deuxième dose, ainsi que le nom du vaccin choisi doivent être complétés par l'évaluateur. Si le vaccin est administré par un intervenant autorisé par l'arrêté ministériel, ce dernier peut compléter la section 8 (à l'exception des éléments nommés précédemment). De plus, l'injecteur devra inscrire les informations sur le vaccinateur qui le supervise dans la case « Information sur le vaccinateur », sans la signature, si le vaccinateur n'est pas disponible pour le faire. Un nouveau formulaire devra être complété pour l'administration de la 2^e dose.

N.B. : Si l'information est saisie rapidement dans SI-PMI, vous n'avez pas à compléter cette section dans le formulaire, sauf pour l'heure.

N.B. : Dans SI-PMI, le nom à inscrire au registre est le nom du vaccinateur (section 8). Dans le cadre de l'arrêté 2020-099, le nom de l'injecteur doit également s'y trouver, dans la section « Commentaires ». Toutefois, si l'injecteur est une infirmière auxiliaire, son nom seulement peut être inscrit dans la section « vaccinateur » dans SI-PMI, le nom du vaccinateur n'est alors pas requis.

9. Cette sous-section est à compléter seulement si quelqu'un d'autre que le vaccinateur (infirmière, médecin, inhalothérapeute, sage-femme ou pharmacien) a administré le vaccin.

10. Inscrire toute information additionnelle pertinente ici. Par exemple, si la personne a fait une réaction suite à la vaccination ou si l'évaluation a été faite en mode virtuel.